

**Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsenedsättning****Personuppgifter**

Förnamn *	Efternamn *
Personnummer *	E-post
Adress	
Postnummer	Ort
Telefon/mobiltelefon *	Extra telefonnummer

**Behov av parkeringstillstånd**

Jag anser att ett särskilt parkeringstillstånd för rörelsehindrade ska utfärdas till mig för att:

(Berätta kortfattat om ditt funktionshinder och hur det påverkar din förmåga att förflytta dig på egen hand)

Hur långt kan du i regel förflytta dig på egen hand: (Ange sträckan i meter, räknat på plan mark i normalt väglag, dagtid och utan att du bär något)

Utan hjälpmedel	Med hjälpmedel
-----------------	----------------

Jag använder följande:

Käpp       Kryckkäpp       Rullator       Levande stöd       Rullstol       Annat

Beskriv annat hjälpmedel

Kör du själv motordrivna fordon?

Ja       Nej

Behöver du regelbundet hjälp av föraren utanför fordonet?

Ja       Nej

Beskriv varför du behöver förarens hjälp utanför fordonet och i vilken omfattning.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är korrekta.

Datum	Ort
Underskrift	Namnförtydligande

**Information om behandling av personuppgifter:**

Vaxholms stad hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddslagstiftningen.

För mer information besök vår hemsida [www.vaxholm.se/gdpr](http://www.vaxholm.se/gdpr)

**Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsenedsättning****Läkarintyg**

Samtliga fält ska vara ifyllda

Namn på sökande	Personnummer
-----------------	--------------

Uppgifterna är baserade på

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Läkarens egen observation | <input type="checkbox"/> Tidigare journalanteckningar | <input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig       | <input type="checkbox"/> Gångtest hos sjukgymnast     | Personlig kännedom sedan                        |

Diagnos (även på svenska om möjligt) samt vilket år sjukdom/skada uppstod

Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.

Vilka hjälpmedel använder sökande vid förflyttningar?

- |                               |                                    |                                   |                                       |                                   |                                |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Kryckkäpp | <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Levande stöd | <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Annat |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

Om annat - specificera

Hur långt kan sökande gå på plan mark utan vila?	Utan hjälpmedel meter	Med hjälpmedel meter
--	-----------------------	----------------------

Om sökande själv kör fordonet, uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter?  Ja  NejI de fall sökande inte själv kör fordonet, ange om personen efter nödvändig assistans kan vänta medan föraren parkerar bilen.  Ja  Nej

Om nej, beskriv varför

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

- |                                      |   |                                      |                                    |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6 månader | <input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år | <input type="checkbox"/> 2 år - 3 år | <input type="checkbox"/> Bestående |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|

Datum	
Läkarens underskrift	Adress
Namnförtydligande	Telefonnummer